H171
P232

N° 1.

TRAITEMENT

DES

ANUS CONTRE NATURE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 janvier 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR G. HONORÉ PARIS, de Pithiviers,

Département du Loiret,

Ex-Élève interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

Ars medica tota in observationibus.
FRED. HOFFMANN, *Med. pract.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

27709

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BÉCLARD, *Président.*
BEETIN.
BOUGON.
BOYER, *Examinateur.*
CAYOL.
CLARION.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL, *Suppléant.*
DUPUYTREN.

MESSIEURS

FIZEAU.
FOUQUIER, *Examinateur.*
GUILBERT, *Examinateur.*
LAENNEC.
MARJOLIN.
ORFILA.
PELLETAN FILS.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.
ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.
ALARD.
ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DELENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GUERSENT.
JADIOUX.
KERCARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT, *Examinateur.*
PARENT DU CHATELET, *Examinateur.*
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU, *Suppléant.*
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
TRÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MA MÈRE,

MON FRÈRE,

ET

MONSIEUR ANT. DUBOIS.

Silentium verbis facundius.

G. H. PARIS.

TRAITEMENT

DES

ANUS CONTRE NATURE.

Si aux opérations à l'aide desquelles on rétablit le cours des larmes se rattachent les noms de *Petit*, de *Foubert*, de *Desault*, de *Scarpa*, etc.; si, contre les fistules salivaires, on voit *Louis*, *Monro*, *Duphénix*, *Maisonneuve*, accumuler procédés sur procédés, on ne doit point être étonné que les chirurgiens rivalisent d'efforts pour soustraire les malades aux graves inconvéniens qui doivent toujours accompagner les anus contre nature, infirmité qui ne se borne pas seulement à la malpropreté, mais qui peut encore amener un grand épuisement, et conduire le malade au tombeau. *Hoin* cite un exemple de cette issue fâcheuse dans son Essai sur les hernies, imprimé en 1768. *Leblanc*, éditeur de cet ouvrage, en ajoute un autre. Il est vrai qu'à côté de ces observations, dont le résultat fut malheureux, on peut placer celle de *Félix Plater*, celles qui se trouvent dans les observations iatro-chirurgicales de *Covillard*, dans lesquelles les individus, quoique affectés d'un anus contre nature, jouissaient d'ailleurs d'une très-bonne santé. Voici comment s'exprime *Covillard* au sujet d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui portait depuis dix ans un anus contre nature, à la suite d'une hernie avec gangrène : « Il était gras, refait et carré. » (Mém. de *Sabatier* sur les anus contre nature, acad. de chir., t. 15, in-12.)

Il serait curieux sans doute d'analyser toutes les connaissances que possèdent sur cette affection l'anatomie pathologique et la chirurgie ; mais, retenu par la crainte de dépasser les limites d'une dissertation inaugurale, je ne m'occuperai que du traitement, dans le cas où l'anus est exempt de toutes complications. Heureux si les observations recueillies m'évitent la peine d'avoir recours à ces théories dans les quelles l'imagination a souvent trop de part !

Étant établi qu'il y a anus contre nature toutes les fois que les matières fécales sortent par une ouverture tout autre que l'anus naturel, on donnera à cette ouverture le nom d'*anus contre nature.* Je crois qu'examiné sous le rapport du traitement, il se présente dans deux dispositions bien différentes. Dans la première, il semble presque toujours se soustraire à tous moyens curatifs : c'est l'*anus contre nature congénital ;* dans la seconde, on peut très-souvent espérer sa guérison : c'est l'*anus contre nature accidentel.*

Anus congénital.

Il y a anus congénital toutes les fois qu'au lieu de se trouver dans la situation naturelle, le rectum s'ouvre, 1.° *dans le vagin. Mercurialis* rapporte qu'une fille sans anus rendait ses excrémens par cette voie. *Van-Swiéten* dit avoir connu une fille qui était parvenue à l'âge de puberté, et qui n'avait cessé de rendre ses excrémens par les lèvres de la vulve. On lit dans *Morgagni* qu'il a entendu raconter par *Isaac Castarinus* qu'une femme était parvenue à sa centième année sans que l'intestin rectum eût jamais eu d'ouverture extérieure, parce que la vulve faisait chez elle l'office de cet organe. (*De sed. et caus. morb.,* liv. 3, p. 136.) 2.° *Dans la vessie.* Les matières passent alors par les urines. *Bonnet* en rapporte trois observations (liv. 3, sect. 2, obs. 34), Morgagni (*de sed. et caus. morb.*, liv. 3, p. 13). *Dumas* dit que, chez un enfant qui mourut le troisième jour après sa naissance, il trouva, à l'ouverture du cadavre, le rectum extrêmement resserré à son origine, ne formant qu'un corps dur et peu flexible :

on pouvait y faire pénétrer un petit stylet. Sa direction était oblique; il venait joindre la partie latérale gauche du col de la vessie, se portait ensuite vers l'origine du canal de l'urètre, avec lequel il communiquait, et donnait passage à une petite quantité de méconium. Le colon, dans la région iliaque gauche, était boursoufflé par l'air, et plein de matières liquides et gazeuses; il occupait un espace considérable, et faisait saillie vers les muscles abdominaux. (Mém. sur l'imperforation de l'anus, vol. 3 des Recueils périodiques de la société de médecine.) 3.° *A l'ombilic. Mery* (Mém. de l'acad. des sciences, an 1700) rapporte que, chez un enfant qui n'avait point d'anus, le colon se terminait à l'ombilic, et y formait un anus congénital.

De semblables faits, accumulés dans les écrits de tous les observateurs, prouvent que la nature a la faculté de substituer un organe différent à l'intestin rectum, lorsqu'elle en est dépourvue, et que les matières excrémentitielles peuvent prendre spontanément une autre direction. Mais si la nature ne se suffit pas à elle-même, si elle n'ouvre pas aux excrémens la route dont ils ont besoin, il faut que l'art vienne à son secours et qu'il imite ses procédés.

Les graves inconvéniens que traîne à sa suite l'anus congénital ont dû engager les chirurgiens à venir au secours des malheureux porteurs de ces cruelles anomalies. Tantôt l'écoulement des matières se fait complètement par la voie insolite qui leur est ouverte, et alors l'individu est condamné à une infirmité qui le rend désagréable à ceux qui l'entourent; tantôt, l'écoulement ne se faisant pas d'une manière suffisante, le malade est exposé à une mort prompte. La manière de se conduire varie dans les différens cas : ou bien on rétablit le cours naturel; ou bien on met l'anus congénital dans les circonstances les plus favorables à l'écoulement des matières; ou bien enfin on pratique un anus artificiel.

1.° *Rétablissement des voies naturelles. Wagler* rapporte l'histoire d'un enfant qui ne présentait aucune apparence d'anus, et qui rendait avec l'urine une matière verdâtre semblable au méconium. Le chirurgien fit une incision au périnée, et il ne put trouver le rectum. Ne voulant pas pousser plus loin ses recherches, il se contenta de panser la plaie. Le lendemain, en levant l'appareil, il aperçut l'intestin distendu, l'ouvrit avec une lancette, et procura la sortie des matières fécales, qui peu à peu cessèrent de sortir par la verge. L'enfant fut parfaitement guéri au bout de trois semaines. Cette observation prouve non-seulement qu'il faut essayer de rétablir les voies naturelles, même dans les cas où l'on n'aperçoit pas de tumeur au périnée, mais aussi qu'il peut être avantageux, si l'on n'a pas obtenu le résultat désiré, d'attendre quelques heures avant d'établir l'anus artificiel, si toutefois la gravité des accidens ne s'oppose pas à ce retard.

M. *Charles-Louis L'Épine* rapporte dans sa thèse, sur les vices de conformation curables, une observation qui lui est propre. On présenta à un chirurgien une petite fille née depuis six jours : cet enfant offrait les symptômes propres à la rétention prolongée du méconium. L'inspection fit voir une absence non-seulement de l'anus, mais aussi du sillon qui sépare les fesses; en outre une petite quantité de méconium s'écoulait par le vagin. Il résultait des renseignemens donnés par les parens que la fistule recto-vaginale n'existait que depuis peu : la connaissance de ce fait était fort importante, puisqu'elle réglait en quelque sorte le mode de traitement. En effet, si la sortie du méconium eût existé immédiatement après la naissance, on aurait été porté à admettre la terminaison du rectum dans le vagin; tandis que, dans le cas en question, il était probable que l'intestin se prolongeait plus bas. Sur cette simple probabilité, le chirurgien tenta de découvrir l'anus; il incisa la peau, en se guidant sur l'extrémité du coccyx et la commissure postérieure de la vulve. Une tumeur parut entre les bords de la plaie, et sa ponction détermina aussitôt la sortie d'une grande quantité de gaz et de méconium; ce qui calma promptement

les accidens. La fistule recto-vaginale ne tarda pas à se fermer, et l'enfant mourut trois ans après d'une maladie tout-à-fait étrangère au vice de conformation qu'il avait apporté en naissant. On voit qu'il est essentiel de faire attention à plusieurs points importans lorsqu'il s'agit d'un anus contre nature congénital. Lorsque l'anus existe dans le vagin, le rétablissement des voies naturelles est plus facile; on a l'avantage de pouvoir déterminer l'étendue du rectum, ce dont on s'assure par l'introduction à travers la fistule d'une sonde cannelée, dont on dirige l'extrémité vers le point où devrait se trouver l'anus. On distinguera le bout de la sonde par la solidité qu'elle offrira au tact, et ce sera sur ce point solide qu'on ouvrira les tégumens. (*Chambon.*) *Martin Lejeune*, chirurgien de Lyon, dans le cas où le rectum pénètre dans la vessie, pense qu'il vaudrait mieux pratiquer une incision au périnée, laquelle pénétrerait dans la vessie en intéressant son col, plutôt que d'établir un anus artificiel, comme le conseille *Dumas*. L'incision terminée, il donne pour précepte de tenir l'ouverture dilatée par le moyen d'une canule : on procurerait par là une issue facile aux matières stercorales et à l'urine.

Dans le cas de fistule recto-vaginale, *Chambon* conseille de fermer le vagin pour forcer les matières à passer par le rectum; de dilater l'anus pour que les excrémens trouvent une issue plus facile par cette voie que par le vagin. Le succès sera d'autant plus probable que la voie de communication du rectum au vagin sera plus étroite. (*Gardien*, Traité des accouchemens, t. 3.)

II.° *Disposer l'anus congénital aussi favorablement que possible.* S'il était impossible de rétablir les voies naturelles, il faudrait tâcher d'agrandir l'ouverture par où sortent les excrémens. Les moyens d'agrandissement seraient l'incision et la dilatation. Ainsi, par exemple, dans le cas de fistule recto-vaginale, si l'écoulement des matières ne se fait pas assez librement, et qu'on ne voie pas la possibilité de rétablir les voies naturelles, on est dans la dure nécessité de dilater l'anus contre nature congénital; et alors l'individu se

trouve condamné à une infirmité dégoûtante qui le force au célibat.

III.° *Établir un anus artificiel.* L'établissement de l'anus artificiel, que nous verrons pratiqué dans beaucoup de cas, l'a été fort peu dans celui d'anus contre nature congénital. *Dumas*, à l'occasion de l'observation dont nous avons déjà parlé proposa l'établissement d'un anus artificiel. Dans son mémoire sur les imperforations, il rapporte une foule d'exemples d'anus contre nature congénitaux où on aurait dû pratiquer un anus artificiel. M. *Voisin*, chirurgien à Versailles, dans un cas de monstruosité tel qu'il y avait absence de l'anus, du rectum, de tout le gros intestin, et dans lequel l'iléon venait s'ouvrir au-dessus du pubis, pratiqua un anus artificiel. (Recueil périod. de la soc. de méd. de Paris, t. 21, p. 353.)

Anus accidentel.

Avant de parler des moyens employés dans le traitement de l'anus accidentel, disons ce que l'on doit entendre par ce mot. L'anus contre nature accidentel est celui qui, n'existant point avant la naissance, arrive pendant le cours de la vie des individus; et alors il est *artificiel* ou *spontané.*

I.° *Anus contre nature artificiel.* Nous avons vu qu'il avait été proposé et mis en pratique dans quelques cas d'anus congénitaux; mais il l'a été aussi dans bien d'autres, il l'a été dans le cas d'imperforation, et dans celui de lésion des intestins avec ou sans hernie.

1.° *Imperforations. Dumas*, dans ses réflexions accompagnées de recherches intéressantes sur l'inutilité des incisions, dans la vue d'atteindre le rectum par l'endroit où il a coutume d'aboutir, dit, en citant l'observation de *Méry*: « Puisque la nature nous enseigne « à suppléer l'ouverture extérieure du rectum par une ouverture d'un

« autre genre, ne devrions-nous pas suivre plus souvent les leçons « qu'elle nous donne? Ne pourrait-on pas, en négligeant l'opération « usitée dans les cas ordinaires d'imperforations, en essayer une qui « obtiendrait peut-être plus de succès dans un grand nombre de cir- « constances? » De là il propose un anus artificiel. Si on s'en rapporte à ce que dit *Dumas*, on ne tenterait jamais le rétablissement des voies naturelles, rétablissement qui cependant a été couronné d'un plein succès entre les mains de *Petit*. (Mém. de l'accad.), d'*Engerrand*, (*id.*), de *Fabrice de Hilden* (cent. 1.re; obs. 73); *Saviard* (obs. 3.) On en trouve encore quelques observations dans la Bibliothèque de chirurgie (*Manget*, t. 2, p. 500), etc.

Essayons de déterminer les cas d'imperforations où il serait nécessaire d'établir un anus artificiel. Toutes les fois que l'on a fait infructueusement l'incision du périnée, ce qui comprend les cas de la non-existence de l'anus, cette ouverture étant fermée par une peau dure et épaisse, rien n'indique le lieu où est situé le rectum, (obs. de *Duret*, Recueil périodique de la société de médecine, t. 4, p. 45; *Desault*, Journ. de chir., t. 4. p. 248; *Dubois*.) Cette occlusion peut être compliquée de l'absence du rectum (obs. de *Ruisch*), et même d'une portion du gros intestin, quelquefois de tout le gros intestin, (obs. de M. *Voisin*, chirurgien à Versailles, Recueil de la soc. de méd., t. 21, p. 353); ou bien le rectum existe, mais pas de cavité (2.e obs. de *Petit*, mém. de l'acad.), ou bien le rectum finit en cul-de-sac à une certaine distance au-dessus de l'endroit où il aurait dû exister un anus (obs. de *Bicome*, vol. 12, p. 269, Recueil pér. de la soc. de méd.). L'anus peut être bien conformé, mais le rectum finir en cul-de-sac à une certaine hauteur, sans qu'il soit possible de s'assurer de l'endroit où sa cavité commence à ne plus être oblitérée.

L'anus peut exister, mais le rectum être tellement rétréci à quelques pouces au-dessus du sphincter, qu'il ne laisse de passage qu'aux excrémens liquides. Il faudrait, à l'exemple de *Broussonnet* père, professeur de l'ancienne université de Montpellier, recourir à l'usage

fréquent de lavemens, de boissons froides, et surtout aux moyens de dilatation. Mais si, comme le dit *Dumas*, l'abdomen se tuméfie, les tégumens rougissent; que le malade souffre de violentes douleurs dans les intestins, les excrémens retenus ajoutent à l'irritation produite par l'état spasmodique du rectum; il survient des vomissemens. Il faut recourir à l'anus artificiel; car le malade périrait au milieu de la passion iliaque : l'opération pratiquée peut prévenir la mort.

2.° *Altération des intestins sans hernie. Hévin*, dans son mémoire sur le volvulus, après avoir critiqué la gastrotomie, proposée dans cette maladie, vu l'incertitude de son siége, rapporte une observation de *Brailliet*, dans laquelle on aurait peut-être pu pratiquer un anus contre nature. Un homme âgé d'environ soixante cinq ans fit une chute de cheval sur le pommeau de son épée; il en fut violemment frappé à deux travers de doigts de l'ombilic. Les premiers accidens furent calmes. Au bout de quatre mois, vomissemens, avec douleurs de coliques qui répondaient à l'endroit blessé. Antiphlogistiques. Disparition des symptômes. Quinze mois après, mêmes douleurs, avec vomissemens des matières fécales. La constipation absolue fut précédée de déjections filées. Plusieurs médecins jugèrent que c'était un volvulus. M. *Brailliet* persiste à croire que l'intestin s'était rétréci par un effet consécutif de la contusion qu'il avait soufferte lors de la chute On fit prendre au malade trois ou quatre fois ℥ j. de mercure coulant, et quelques balles de plomb. L'individu étant mort, à l'ouverture du cadavre, on alla directement au siége du mal, qui ne pouvait être méconnu. L'intestin jéjunum, comme replié sur lui, était rétréci dans l'étendue de six pouces ou environ; il était fort enflammé; la poche qu'il formait au-dessus de ce rétrécissement contenait le vif-argent et les balles. Dans ce cas, dit *Hévin*, on aurait pu pratiquer la gastrotomie, parce que la maladie semblait avoir un caractère déterminé, et que son siége était fixe; le vice des parties se serait montré à découvert, sans obliger de faire des recherches dans la capacité du ventre, ainsi qu'on y serait tenu dans un volvulus; on au-

rait emporté la partie rétrécie de l'intestin, et établi dans cet endroit un anus artificiel.

Il s'est présenté dernièrement à l'observation de M. *Martin Solon* un cas où la proposition d'*Hévin*, toute hardie qu'elle semble paraître aurait pu être mise en pratique. Un individu avait été long-temps affecté de coliques ; elles étaient toujours compagnes de douleurs vives vers l'origine du rectum ; les symptômes augmentèrent ; les matières fécales cessèrent de couler ; des accidens semblables à ceux de l'étranglement se manifestèrent, et le malade succomba. A l'autopsie, M. *Martin Solon*, se rappelant tous les symptômes qui, pendant le cours de la maladie avaient indiqué son siége, désigna le point du rectum qui devait être malade, avec une telle précision, que celui qui faisait l'autopsie, en moins de deux traits d'instrumens, enleva toute la partion de cet intestin, qui était affectée de cancer. Sans doute un chirurgien éclairé par un observateur exact aurait peut-être pu se décider à faire l'opération indiquée par *Hévin*; mais ici, comme dans bien d'autres cas, on n'aurait soulagé le malade que pour quelques instans. En effet, le foie était dans un tel état d'altération, que l'individu ne pouvait par aucun moyen être soustrait à la mort.

Long-temps on a regardé l'induration squirrheuse du rectum amenant l'oblitération de cet intestin comme une maladie essentiellement mortelle ; mais au point où la chirurgie est arrivée sous le rapport des opérations, ne pourrait-on pas proposer, et même cette proposition a été faite par M. *Béclard* dans son excellent cours de médecine opératoire, 1.° d'établir un anus artificiel, 2.° d'enlever les parties altérées en prenant toutes les précautions que devraient exiger le voisinage de la vessie et les nombreux vaisseaux qui entourent l'extrémité inférieure du rectum.

3.° *Altérations de l'intestin avec hernie.* Vouloir passer en revue tous les cas où le chirurgien, lors d'une hernie étranglée, se voit forcé d'ouvrir le tube intestinal pour donner issue aux matières stercorales, serait se créer la nécessité de rapporter une foule d'observa-

tions qui se trouvent dans les mémoires de *Louis*, de *Lapeyronie*, dans tous les ouvrages qui traitent des hernies, et celles qu'on a occasion chaque jour de recueillir dans les hôpitaux. Qu'il suffise de dire ici que c'est toujours une ressource extrême de la chirurgie, à laquelle on ne doit recourir qu'avec circonspection, et ordinairement dans deux cas principaux : ou bien il y a gangrène, ou bien c'est pour donner issue à des corps étrangers, comme le prouvent les observations de *Petit de Boismortier*, etc., observations insérées dans le mémoire d'*Hévin* sur les corps étrangers dans l'œsophage.

Après avoir exposé dans une analyse rapide et méthodique les cas où l'anus artificiel doit être pratiqué, disons un mot des procédés opératoires et suivant l'ordre des indications. *Littre* proposa en 1720 (Mém. de l'acad. des sciences) d'établir un anus artificiel. Il conseilla de faire une ouverture à l'abdomen près l'une des régions iliaques, d'aller chercher une portion du colon, de l'ouvrir pour évacuer les matières, et d'établir un anus contre nature, en fixant l'intestin à la plaie par des points de suture. Les auteurs qui ont écrit depuis *Littre* sur l'imperforation de l'anus ne font pas mention du projet d'opération que proposa cet illustre anatomiste. *J. L. Petit*, son contemporain, qui a fait un mémoire *ex professo* sur cette matière (Mém. de l'acad., t. 1), n'en parle nullement. Selon lui, selon *Heister*, *Morgagni* et d'autres, toutes les fois qu'on ne peut parvenir, soit avec le bistouri ou autrement, jusqu'au rectum, pour l'ouvrir, l'enfant est condamné à périr. Ce que *Littre* proposa, M. le professeur *Ant. Dubois*, le premier, en fit l'essai au mois de décembre 1783, sur un enfant né depuis trois jours sans apparence d'anus. Cet enfant mourut dix jours après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva les bords de l'intestin consolidés à la circonférence de la plaie de l'abdomen. Après avoir ouvert l'intestin, M. *Dubois* conseille de porter une sonde dans la partie inférieure de l'anse pour reconnaître l'endroit où se termine le rectum, et rétablir la voie naturelle, si la situation le permet. Rarement on pourrait, dit M. *Gardien*, le tenter sans inconvenient, et sans s'exposer à se priver des avan-

tages que présente la méthode de *Littre*. (Traité des accouchemens, t. 3.)

Duret, chirurgien de Brest, pratiqua cette opération avec succès, le 18 octobre 1793, sur un enfant né depuis trente-quatre heures sans apparence d'anus. Plusieurs incisions furent faites dans l'endroit où l'extrémité du rectum devait répondre; mais on ne put parvenir à l'intestin. L'enfant avait des vomissemens, ses extrémités étaient froides; ce qui annonçait une mort prochaine. M. *Duret* fit coucher l'enfant sur le dos, pratiqua, au niveau et à deux travers de doigts, du côté interne de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, une incision oblique de haut en bas et de dehors dedans, qui avait un pouce et demi de longueur. L'incision fut continuée jusque dans la cavité abdominale, se servant d'une sonde cannelée pour couper peu à peu le tissu cellulaire et les aponévroses. Arrivé dans l'intérieur du ventre, le colon s'offrit alors distendu par l'air et le méconium, auxquels on donna issue en ouvrant cet intestin selon sa longueur et dans la direction faite aux parois du ventre. L'intestin fut assujetti par deux fils cirés, que l'on passa derrière et que l'on fixa aux bords de la plaie. Le pansement fut simple, les fils d'attente furent ôtés le cinquième jour, et le septième, l'enfant fut remis à ses parens. Il vécut avec un anus artificiel, compliqué d'un double renversement de l'intestin. *Pilor*, chirurgien à Rouen, réussit également. (Recueils périod. de la soc. de méd. de Paris, t. 4, p. 45.) *Desault* fut moins heureux. Au commencement de germinal an 2 (1794), il pratiqua cette opération sur un enfant né depuis quarante-huit heures sans apparence d'anus : le petit malade ne survécut que quatre jours. *Desault* introduisit une longue mèche de charpie dans l'intérieur de la plaie : c'est la seule différence qu'il y ait entre son procédé opératoire et celui de *Duret*. (4.e vol., Journ. de chir., p. 248.) Si l'entreprise de *Desault* et de M. *Dubois* n'a pas eu un entier succès, cela dépend bien plus du retard mis à opérer que de l'opération elle-même. *Callisen*, chirurgien à Copenhague, a proposé un autre moyen. Il engage d'aller chercher la partie gauche du

colon dans son trajet le long de la région lombaire, où il suppose qu'elle est en quelque sorte hors de la cavité du péritoine. Il voudrait que l'on incisât entre le bord des fausses côtes et la crête de l'os des îles, parallèlement au bord antérieur du muscle carré des lombes. Il pense que l'anus contre nature qui résulterait serait moins défavorable, parce que le sujet pourrait se garnir plus aisément, et que son infirmité serait plus éloignée des organes de la génération. *Sabatier* dit que *Callisen* a essayé cette opération sur un enfant mort avec le rectum imperforé; comme il n'avait pas bien pris ses dimensions, il ouvrit le péritoine et pénétra dans le ventre. Mais une seconde incision fut pratiquée plus en arrière; il parvint dans l'endroit qu'il s'était proposé. *Sabatier* préfère l'opération de *Littre*.

Si, comme l'a proposé *Hévin*, on voulait, dans le cas d'altération du canal intestinal sans hernie, établir un anus artificiel, il faudrait inciser les parois abdominales, autant que possible, vis-à-vis le siége présumé de l'altération, enlever la portion d'intestin malade, jeter une ligature sur le bout inférieur, et ramener le bout supérieur vers l'orifice de la plaie, où on l'y maintiendrait en suivant le procédé de *Littre*. Dans le cas de hernie, *Littre*, rejetant toute idée de réunion des deux extrémités de l'intestin, dont on aurait retranché la portion mortifiée, a pensé que ce serait beaucoup que de conserver la vie au malade au moyen d'un anus contre nature, par lequel les matières s'écouleraient pendant toute la vie. Il pose en principe qu'il faut, avant de faire l'extirpation de la portion gangrénée, distinguer le bout d'intestin qui tient au duodénum de celui qui est continu au rectum. Les deux bouts étant reconnus, lier celui qui répond au rectum, le repousser dans la cavité du ventre, ayant soin de tenir le fil assujetti extérieurement aux environs de la plaie jusqu'à ce que la partie liée soit séparée du reste. A l'égard du bout supérieur, on passera avec une aiguille trois fils séparément, à trois lignes de son bord, lesquels partageront sa circonférence en trois parties égales. On nouera ensemble les bouts de chacun de ces fils, pour en faire une anse qui retienne l'extrémité de cet intestin con-

tinu à l'anneau jusqu'à ce qu'il y soit adhérent. Que ce procédé ait été mis en pratique avec avantage, comme on pourrait le croire d'après ce que dit *Louis* dans son mémoire des hernies avec gangrène, ou que ce soit un simple projet dont on ait jamais fait usage, comme l'établit *Sabatier* dans sa médecine opératoire, le malade est toujours condamné à une infirmité incurable. *Lapeyronie*, beaucoup plus sage, pense qu'il faut emporter toute la partie gangrénée, et que, pour se rendre maître des deux bouts d'intestin, qui pourraient rentrer dans le ventre et y causer du désordre, il faut passer un fil avec une aiguille à travers le mésentère, faire un pli à cette partie pour rapprocher les deux bouts d'intestin, et les assujettir l'un vis-à-vis l'autre.

Lawrence, dans le cas où une portion d'intestin se trouve gangrénée, fait toujours la réduction, pénétré de cette idée, que la perforation de l'intestin pourra bien ne pas avoir lieu, ou que, s'il s'établit un anus contre nature, les deux bouts de l'intestin seront mieux disposés que dans le procédé de *Lapeyronie*, où ils doivent former un angle entre eux, certain d'ailleurs que les adhérences qui se trouvent aux environs de l'anneau empêcheront tout épanchement dans la cavité abdominale.

II°. *Anus contre nature spontané.* Il s'établit à la suite de causes qui agissent, 1.° de *dehors en dedans*, comme la ligature du cordon ombilical à l'époque de la naissance. En avril 1821, on présenta à M. *Dupuytren* un enfant de trois mois qui portait à l'ombilic une petite tumeur arrondie, molle, rouge, offrant à son centre une ouverture par laquelle s'échappait une partie des excrémens. Cette tumeur avait paru, neuf jours après la naissance, à la chute de la ligature du cordon ombilical, ligature qui, appliquée par une sage-femme, avait embrassé une portion d'intestin. M. *Dupuytren* lia cette tumeur, le fil étant serré; la tumeur devint livide; quelques vomissemens eurent lieu pendant la journée, et furent les seuls accidens qui se développerent. Le fil et la tumeur tombèrent en même temps, et l'enfant fut

guéri. Les blessures produites par les différentes espèces d'instrumens, soit par armes à feu (mém. de *Bordenave*, acad. de chir., t. 6, p. 220, in-12; obs. de *Pipelet*, mém. de l'acad., t. 11, p. 267), soit par une plaie pénétrante dans l'abdomen. On en trouve des observations dans le mémoire de *Sabatier* sur les anus contre nature (mém. de l'acad., t. 15, in-12; dans celui de *Louis* sur la hernie avec gangrène.) Ils peuvent être aussi le résultat d'une éventration. (*Fabrice de Hilden*, cent. 1.re, obs. 74.) 2.° *De dedans en dehors.* La plus fréquente des causes est, sans contredit, l'inflammation qui survient aux hernies intestinales étranglées. (mém. de *Louis*), des corps étrangers introduits dans les voies digestives (obs. de M. *Paul Dubois*, Bulletin de la Faculté, n.° 1, 1820, p. 1.re), un abcès des parois intestinales qui s'ouvre au-dehors, et par lequel s'échappe un vers lombric (obs. de M. *Burdin* jeune.) Les auteurs sont remplis de faits à peu près semblables.

Après avoir exposé d'une manière rapide toutes les circonstances dans lesquelles on peut voir un anus contre nature, il faut examiner les cas où il doit persister, et ceux, au contraire, qui permettent d'en espérer la guérison. Un anus contre nature doit être regardé comme incurable toutes les fois qu'on a lieu de soupçonner que le bout inférieur n'est pas perméable aux matières stercorales, comme, par exemple, lorsqu'il a été établi pour une oblitération congénitale, ou quand, pour l'établir, on a suivi la méthode de *Littre*. Ces cas exceptés, il faut chercher à rendre au canal alimentaire sa continuité. Ici, comme dans tant d'autres points de chirurgie, les moyens sont nombreux; mais cette richesse de l'art n'est qu'apparente. Parmi les procédés employés, les uns ne doivent plus figurer qu'au milieu de nos erreurs; les autres, au contraire, trop exclusivement abandonnés, peuvent être employés avec avantage. Essayons par un examen attentif de chacun d'eux de fixer leur degré d'utilité. Privés d'observations, il n'est pas étonnant de voir les chirurgiens, dans l'enfance de l'art, redouter les anus contre nature sans y apporter aucun secours.

Hippocrate, comme on le voit (sect. 6, aph. 18), regardait les perforations des intestins comme mortelles. *Cui persecta est vesica, aut cerebrum, aut cor, aut septum transversum, aut aliquod ex intestinis tenuibus, aut ventriculus, aut hepar, lethale.* Sans doute il était conduit à cette idée par la crainte d'une non-réunion, puisqu'il dit (aph. 24, même section) : *Si ex tenuibus intestinis aliquod dissectum fuerit, non coalescit.* Celse, plus instruit que lui sur tant de points de la chirurgie, ne l'était pas davantage sur le traitement des anus contre nature. Il dit (liv. 5, chap. 26) : *Servari non potest cui aut jejunum ex tenuibus intestinis vulnerata sunt*; et, pénétré de cette fausse idée, il donne un précepte qui, si vrai pour tant de cas en chirurgie, est trop exclusif pour les anus contre nature : *Est enim prudentis hominis primùm eum, qui servari non potest, non attingere.* (Liv. 6, chap. 26.) Après ces deux grands hommes, les chirurgiens fidèles à ces principes abandonnèrent à la nature le soin de guérir l'affection dont je m'occupe. Heureusement pour l'humanité, de nombreuses guérisons spontanées ont servi dans tous les temps de guides à la chirurgie. Les mémoires de *Lapeyronie*, *Louis*, *Sabatier*, les œuvres posthumes de *Petit* renferment un grand nombre d'observations de cures radicales à la suite d'hernie avec gangrène dont la nature a fait tous les frais. L'auteur le plus ancien qui ait rapporté une observation de guérison spontanée est *Fabrice de Htlden.* Une dame de soixante ans avait depuis dix-sept ans une hernie dont elle souffrait de très-vives douleurs. Au mois de décembre 1597, l'intestin avait été réduit; il survint néanmoins une inflammation accompagnée de fièvre, de douleurs, de vomissemens. *Fabrice* fut appelé le 1.er janvier 1598, et trouva la gangrène à l'aine. Son premier soin fut de scarifier la tumeur pour s'opposer aux progrès de la mortification. Les accidens ne cessèrent qu'après la chute de l'escharre, qui laissa une libre issue aux matières stercorales. La malade fut parfaitement guérie en deux mois. *Bordenave* (Mém. sur les plaies d'armes à feu, acad. de chirurgie, t. 6, in-12) cite plusieurs observations où les malades guérirent tous par les seuls efforts de la na-

ture. Dans ce mémoire on trouve les observations de *Rey*, *Gérard*, *Amyand*, etc. M. *Froumantin*, chirurgien à Angoulême, rapporte qu'un soldat reçut un coup d'épée au-dessous de l'ombilic; il dilata la plaie pour donner plus facilement issue aux matières. La dilatation opérée, il trouva l'intestin collé au péritoine; pansement simple, guérison parfaite un mois après. (Mém. de l'acad., t. 3, p. 175, in-12.)

M. *Dubois* fils (Bulletin de la Faculté, n.° 1, 1820) rapporte qu'un bateleur avala une lame de fer-blanc longue de dix pouces et demi sur un pouce de largeur. Trois fistules stercoraires survinrent dans la région iliaque droite; l'une d'elles donna issue à des matières stercorales. Le malade entra à l'hospice de perfectionnement en septembre 1819. Opéré par M. *Dubois* père, l'extraction nécessita un léger débridement qui porta sur l'intestin seul; dès-lors toutes les matières stercorales sortirent par la plaie, ainsi que les lavemens. A la fin de décembre, il ne restait qu'une ouverture imperceptible qui donnait issue à une très-petite quantité de suppuration. Je revis le malade quelque temps après; il était parfaitement guéri. On trouve plusieurs observations à peu près semblables dans divers auteurs, et principalement dans le mémoire d'*Hévin* sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Une des plus curieuses est celle de ce vigneron âgé de soixante-cinq ans, d'un tempérament très-robuste, qui avait la raison troublée. Cet homme, habitant d'un village de la vallée de Montmorenci, aux environs de Paris, avala, dans l'espace de quelques mois, le fusil d'un charcutier, le pied d'une marmite de fer, un couteau de poche avec sa gaîne. Ces corps étrangers déterminèrent des abcès dans divers endroits. Le premier à l'hypochondre droit, le deuxième à l'hypochondre gauche, le troisième un peu au-dessus et à côté des vertèbres des lombes. On fut forcé de débrider les plaies pour tirer ces objets; les matières fécales sortirent alors librement par cette voie. Ces ouvertures mirent plus ou moins de temps à se cicatriser; mais le malade en fut parfaitement guéri. (*Zodiac*, Med. Gall., Blegny, mai 1679, obs. 2, et *Verduc*, Patholog. chir., t. 2, p. 30.)

Les chirurgiens modernes ne sont pas restés stériles observateurs des guérisons spontanées. Conduits par cet esprit d'investigation qui contribue tant aux progrès de la science, ils ont cherché à reconnaître quel était le mécanisme suivant lequel la nature guérissait les anus contre nature. D'abord ils crurent que les deux orifices de l'intestin restaient béans, contractaient des adhérences avec les lèvres de la plaie extérieure, qu'ensuite, à mesure que celle-ci se resserrait, ils se rapprochaient peu à peu, et finissaient par s'aboucher d'une manière assez exacte pour que les matières fécales passassent directement du bout supérieur dans l'inférieur. Mais cette théorie ne saurait satisfaire ceux qui ont examiné attentivement, dans quelques cas de hernie gangrénée, la situation des deux orifices de l'intestin et les rapports qu'ils ont avec la plaie extérieure. En effet, dans le plus grand nombre de cas, les deux bouts sont disposés parallèlement l'un à l'autre, et le resserrement de la plaie extérieure ne peut en aucune manière changer la direction de ces deux orifices, ni par conséquent les appliquer l'un à l'autre. En résumant en peu de mots les travaux de *Scarpa* sur la guérison des anus contre nature, voici ce qu'on peut dire. Dans un anus contre nature à la suite d'une hernie, l'inflammation adhésive unit le péritoine qui forme le col du sac à la partie saine de l'intestin; et les deux bouts de celui-ci, après la séparation de la partie mortifiée, s'ouvrent dans une cavité membraneuse, formée en avant par une portion du sac péritonéal, et qui réunit alors les extrémités du canal. Si l'éperon saillant n'est pas trop considérable, les matières intestinales peuvent entrer de la partie supérieure de l'intestin dans cette cavité membraneuse, et passer de là dans la partie inférieure. La contraction graduelle de la plaie ferme la cavité membraneuse à l'extérieur, et de cette manière la continuité est rétablie. Les deux bouts cependant ne sont pas joints de manière à former un tube cylindrique continu, comme celui de l'intestin naturel; mais ils sont unis sous un angle plus ou moins aigu, et les matières qui passent de l'un dans l'autre decrivent un demi-cercle dans la cavité membraneuse nouvellement formée,

qui complète le canal. *Lawrence*, en parlant des anus contre nature à la suite des lésions du gros intestin, dit que, quand il y a anus contre nature, les surfaces péritonéales contiguës de l'intestin et du sac contractent des adhérences à mesure que la plaie se couvre de granulations; l'ouverture se contracte graduellement, et l'écoulement des matières intestinales diminue, si aucun obstacle ne s'oppose à leur cours naturel : alors l'achèvement de la cicatrice rétablit l'intégrité du canal. (Traité des hernies, p. 291.)

Scarpa, ne voyant pas d'entonnoir dans les cas d'anus contre nature à la suite de plaie, établit que ces anus sont toujours incurables. Cependant il y a des observations de guérisons spontanées qui s'expliquent, parce que l'éperon formé était peu saillant, et que les bouts des intestins avaient éprouvé une rétraction assez profonde dans l'abdomen, tandis que la plaie extérieure s'est resserrée. Le mésentère placé entre les deux portions d'intestin agit sur sa face postérieure en vertu de la contractilité de tissu. Son action a d'autant plus d'effet que les adhérences contractées par les bouts d'intestins sont plus lâches. La traction du mésentère a l'avantage de rapprocher de la ligne droite la direction des deux bouts de l'intestin, et de dilater les ouvertures sur leur partie postérieure, tandis que l'antérieure est fixée. A mesure que les intestins éprouvent une rétraction dans l'abdomen, ils entraînent avec eux la portion de membrane rouge que la nature a organisée autour de la fistule, de telle manière, qu'elle puisse supporter le contact des matières qui s'en écoulent. Cette membrane cédant, l'angle de réunion des deux portions d'intestin s'efface, les deux orifices deviennent presque bout à bout, et les matières passent presque directement du bout supérieur dans l'inférieur. A la place de l'ouverture de l'abdomen se forme une cicatrice tapissée à l'intérieur de cette membrane rouge. Cette cicatrice complète le diamètre du canal intestinal, qui reste cependant toujours coudé et rétréci dans ce point; il offre aussi plus de dureté que dans le reste de son étendue. Il peut se rencontrer une disposition aussi favorable que la suivante. *Lawrence* rapporte (p. 350) l'ob-

servation du docteur *Cheston*. Chez ce malade les fèces ne sont pas rendues par la plaie, quoiqu'il y ait une ouverture à l'intestin. Cette dernière partie peut être vue au fond de la plaie avec ses deux extrémités, à quelque distance l'une de l'autre: la supérieure poussse les matières qu'elle contient vers l'inférieure, qui les absorbe, et le passage s'effectue si bien sous une pression externe qui complète le canal, que rien ne s'échappe par la plaie.

Connaissant la manière dont s'opère la guérison spontanée de l'anus contre nature, connaissant aussi les dispositions qui peuvent rendre cette guérison plus difficile, examinons les moyens que possèdent les chirurgiens pour aider la nature dans sa marche, lorsque ses efforts sont impuissans. Il faut qu'ils aient égard à deux circonstances principales, qui peuvent influer sur le choix des procédés propres à amener la guérison radicale d'un anus contre nature, et sur le résultat qu'ils doivent en attendre. En effet, tantôt l'intestin n'a point contracté d'adhérences, et alors il est intéressé dans toute sa circonférence, ou seulement dans un point de son contour; tantôt, au contraire, l'intestin est uni aux parties voisines, et dans ce cas ses deux bouts font entre eux un angle peu prononcé, ou bien ils sont adossés l'un à l'autre.

Des procédés applicables lorsqu'il n'y a point d'adhérences intimes.

Les auteurs systématiques, comme le dit *Lawrence*, ont accumulé moyens sur moyens pour réunir les intestins divisés; mais cette richesse de l'art, comme nous l'avons déjà dit, n'est qu'apparente; triste vérité dont on sera convaincu d'apres l'examen des procédés proposés pour obtenir la réunion, soit lorsque l'intestin est lésé dans toute sa circonférence, soit lorsqu'il est seulement intéressé dans un de ses points.

1.° *L'intestin est lésé dans toute sa circonférence.* L'enfance de l'art a vu naître une méthode qui consiste à réunir les deux bouts d'intestin l'un à l'autre en les soutenant par un corps étran-

ger introduit dans leur intérieur. Le procédé le plus anciennement connu, et qui, selon *Guy de Chauliac*, est dû aux quatre maîtres qui vivaient sur la fin du treizième siècle, consiste à introduire un morceau de trachée-artère d'un animal dans les deux bouts de l'intestin, à y faire quelques points de suture, et à le repousser dans le ventre. *Pierre de Argeltata*, qui, vers 1480, professait la chirurgie à Boulogne, rapporte que *Jamérius Roger* et *Théodoric* se servaient d'une canule de sureau : ils furent conduits sans doute à cette modification par la crainte de voir qu'une partie molle susceptible de pourriture, tel qu'un morceau de trachée-artère, ne restât pas assez long-temps dans l'intestin blessé pour en soutenir les bords. *Guillaume de Salicet* ne paraît point avoir eu cette crainte, puisqu'il propose d'introduire une portion d'intestin.

Duverger (chirurgien de l'hôpital de Maubeuge) semble avoir partagé son opinion en revenant au procédé des quatre maîtres, qu'il mettait en pratique méthodiquement. Il passait trois fils à distances égales dans un morceau de trachée, qu'il rendait flexible en le laissant séjourner dans de l'eau tiède et en l'enduisant de baume de commandeur, puis il l'introduisait dans l'intestin, et par le moyen de petites aiguilles courbes dont chaque bout de fil était armé, *Duverger* faisait des points de suture, en piquant de dedans en dehors à trois ou quatre lignes des bords de la plaie, qu'il faisait rapprocher légèrement par un aide. L'intestin était remis dans le ventre, et abandonné ensuite aux soins de la nature. *Ritch*, (Mém. de l'acad. de chir., t. II, in-12, p. 271) propose de simplifier le procédé des quatre maîtres; et pour cela il conseille de placer dans le bout supérieur un cylindre de carte plus petit que le diamètre de l'intestin, puis d'introduire ce cylindre, ainsi que le bout qu'il supporte, dans la portion d'intestin qui répond au rectum, et de maintenir cette espèce d'invagination au moyen d'une anse de fil, qui par un seul point d'aiguille traversera les deux bouts d'intestin et le cylindre de carte. Ce fil aura l'avantage de retenir la portion d'intestin contre l'anneau, et de pouvoir être

retiré au bout de quelques jours, lorsqu'on croira que la cohésion est suffisante.

Sabatier, qui enseignait le procédé qui vient d'être décrit dans ses cours d'opérations, croyant qu'il doit être très-difficile de placer l'anse de fil, ainsi que l'indique *Ritch*, conseille, comme dans le procédé employé par *Duverger*, de garnir préalablement le cylindre de carte d'un fil, dont les extrémités, armées d'une aiguille, devront traverser l'intestin de dedans en dehors.

Ramdhor, premier chirurgien du duc de Brunswick, a pensé qu'il éait inutile de fournir un appui aux deux bouts d'intestin. *Moebius* publia cette méthode en 1730, dans une dissertation sur différens points d'anatomie et de chirurgie. *Heister* en a fait mention dans ses institutions chirurgicales. Elle consiste à engager la portion supérieure de l'intestin dans l'inférieure, à la maintenir ainsi par un point de suture auprès de l'anneau. Malgré les noms recommandables qui se rattachent aux procédés que nous venons d'exposer, malgré quelques observations de succès de *Ramdhor* et celles de *Duverger* insérées dans le huitième volume des Mémoires de l'académie de chirurgie, in-12 (Mém. de *Louis*), je pense que ces opérations ne peuvent supporter long-temps une critique sévère, que l'on peut baser sur les faits et le raisonnement.

Quant aux faits, les uns découlent de la simple observation; et pour en citer un dans lequel l'habileté de l'opérateur fait rejeter tout le tort sur le procédé lui-même, nous rapporterons une observation de M. *Boyer*, qui se trouve dans les Mémoires de la société médicale, t. 1, p. 127. Ce chirurgien habile, après avoir retranché quatre pouces de l'intestin gangréné, introduisit sur un cylindre de carte l'extrémité du bout supérieur et de l'inférieur. L'exécution de ce procédé fut très-difficile, et le replacement de l'intestin distendu par le corps étranger, nécessita une nouvelle incision de l'anneau. Le malade, qui auparavant s'était assez bien trouvé, fut alors en proie aux plus vives douleurs, qui persistaient depuis seize heures lorsqu'il mourut.

D'autres faits dérivent des expériences. *Moebius*, apologiste zélé de *Ramdhor*, n'a jamais pu réussir dans les tentatives qu'il a voulu faire sur les chiens. Jamais il n'a obtenu de réunion, et l'animal est mort d'épanchement dans les cavités abdominales.

Lorsqu'on en vient à opposer le raisonnement aux moyens que nous avons examinés, on le fait avec d'autant plus de confiance qu'on est soutenu par *Fabrice d'Aquapendente*, dont voici les propres paroles : *Sunt nonnulli inepti qui, antequàm consuatur intestinum, cannulam immittunt vel è sambuco, vel portione asperæ arteriæ alicujus animalis, vel ex alio intestini frustulo, ne suturæ ciborum transitu dilacerentur ; his quippè putrefactis, æger interficietur, ideòque potissimùm hoc consilium fugiendum.* (Fab. d'Aquap., *de Vulneribus*, cap. 26.) *Guy de Chauliac* dit : *Natura intenta ad alienarum expulsionem, expellit, et removet illa de suturâ, et ita perit finis pro quo talia applicantur.* Ces deux chirurgiens n'avaient fait qu'entrevoir les inconvéniens. Pour nous, cherchons à les établir d'une manière positive. Le premier de tous, et qui se montre principalement dans la méthode de *Ramdhor*, est la difficulté de distinguer le bout supérieur de l'inférieur. *Louis* a bien senti cette difficulté ; et, pour la faire disparaître, il conseille de retenir les deux bouts de l'intestin dans la plaie, de les y maintenir pendant quelques heures, d'administrer quelques cuillerées d'huile d'amende douce et de sirop de violette, qui, en colorant les matières venues du bout supérieur, ne laissera plus aucun doute sur la position de ce dernier. En laissant, comme le dit *Louis*, les bouts de l'intestin au-dehors, ne doit-on pas craindre que cela ne favorise en eux le développement d'une inflammation, qui deviendrait funeste, étant augmentée par l'un des procédés que nous venons d'examiner ? D'ailleurs est-il bien sûr que la coloration des matières soit telle, que l'on puisse distinguer facilement le bout supérieur de l'inférieur ?

Il est encore un inconvénient très-grave lorsqu'il s'agit de faire l'invagination. Si les deux bouts d'intestin qui sont hors de l'abdomen

n'ont point une longueur suffisante, il faut en tirer une nouvelle portion ; et alors, s'il s'est formé une exsudation couenneuse, premier rudiment d'adhérences utiles qui auraient pu s'établir par la suite, on dérange le travail de la nature, et on perd de grands avantages.

On ne peut pas se dissimuler que, lorsqu'il s'agit d'invaginer deux bouts d'intestin, il ne faille séparer le mésentère dans une assez grande étendue, opération qui devient difficile, et qui peut être suivie d'hémorrhagie. Dans un cas semblable, M. *Boyer*, après avoir lié sept ou huit artères mésentériques, vit périr son malade à la suite d'un épanchement de sang dans le bas-ventre.

Après l'emploi des procédés indiqués, de vives craintes doivent troubler le chirurgien ; et en effet, des corps étrangers introduits, les fils qui auront été placés, peuvent devenir des obstacles capables de s'opposer au cours des matières. Mais, si cela n'a pas lieu, pourra-t-il être certain de la formation d'adhérences ? Non, sans doute ; l'intestin ayant été long-temps manié, soumis à des pressions, à des tiraillemens pendant le cours de l'opération, il peut se développer une inflammation plus vive qu'il ne le faut pour qu'elle soit adhésive ; et d'ailleurs on sait qu'une semblable inflammation se manifeste difficilement lorsque l'on met en contact une muqueuse avec une séreuse. Frappé de cette vérité, on a cherché à modifier les opérations dont il a été question. Ainsi on a proposé de replier en dedans les extrémités des deux bouts d'intestin, d'introduire dans l'intérieur de ces derniers un cylindre de carte, et de les maintenir en contact immédiatement au moyen de point de suture. On a bien ici deux séreuses appliquées l'une à l'autre ; mais l'opération est minutieuse et entourée de grandes difficultés. M. *Jobert*, interne à Saint-Antoine, cherche maintenant à la simplifier. Voici en deux mots ce qu'il prétend faire : replier en dedans l'extrémité du bout inférieur, invaginer le bout supérieur; et les deux séreuses étant ainsi en contact, les maintenir au moyen d'un fil. Je laisse à M. *Jobert* le soin de repousser par des faits les argumens qu'on ne doit pas manquer de lui faire.

2.° *L'intestin est lésé dans un seul point de sa circonférence.* Les cas où l'intestin, sans avoir contracté d'adhérences, est blessé dans une partie de son contour, étant fréquens, les tentatives faites pour guérir ce genre de solution de continuité ont dû être assez nombreuses; mais cependant on ne connaît que trois procédés principaux.

Le premier est la suture du *Pelletier*, dans laquelle on réunit les bords de la plaie au moyen d'une espèce de surjet, ayant soin de conserver les deux extrémités du fil assez longues pour que, la réduction des parties étant faites, on puisse, en tirant un peu sur elles, rapprocher l'intestin de la plaie extérieure.

Le second procédé, dû à *Ledran*, est nommé *suture à anse*. Pour la pratiquer, on prend autant d'aiguilles droites, rondes, qu'on se propose de faire de points de suture, enfilées chacune d'un fil long d'un pied et non ciré. On passe les fils à travers les lèvres de la plaie des intestins sans aucune obliquité, et à trois lignes de distance, au moins, les uns des autres. Quand ils sont placés, on ôte les aiguilles et on noue ensemble tous les fils d'un même côté. On noue de même ceux du côté opposé; puis, unissant les deux cordons qu'ils forment, on tortille ces cordons l'un avec l'autre pour qu'ils n'en fassent plus qu'un seul. Par ce moyen la portion d'intestin divisée se fronce, et les matières ne peuvent plus s'échapper.

Sabatier propose une suture qui n'est autre chose que ce qu'on appelle vulgairement *couture plate*.

Il est facile de sentir que cette dernière a moins d'inconvéniens que les autres : les lèvres de la plaie réunies se présentent sans interposition à celle des tégumens; et lorsque l'adhérence sera établie, on pourra tirer le fil qui aura servi à faire la suture, sans crainte d'occasionner de tiraillement.

Dire que le procédé de *Sabatier* est moins vicieux que les autres, n'est point etablir que la suture doive être pratiquée; et si je puis donner mon opinion, je dirai avec *Scarpa* que l'on doit bannir toute espèce de suture des intestins, comme une opération dangereuse.

Lawrence, qui partage les idées de cet homme célèbre, rejette aussi la suture, et s'appuie sur plusieurs observations, en établissant avec juste raison que la suture est d'autant plus nuisible qu'elle est pratiquée sur des intestins déjà enflammés.

Ayant blâmé tous les moyens proposés, soit dans le cas où l'intestin est blessé dans toute sa circonférence, ou seulement dans un point de son contour, sans qu'il se soit formé d'adhérence intime, qu'il me soit permis d'établir quelle serait la conduite que je croirais devoir tenir, si j'étais appelé dans ces circonstances. Que la division fût complète ou incomplète, si l'accident était récent, je réduirais, en maintenant avec un fil, à l'exemple de *Lapeyronie*, les parties divisées aux environs de l'ouverture extérieure ; si, au contraire, la solution de continuité de l'intestin était survenue à la suite d'une hernie étranglée ou à la suite de tout autre cas dans lesquels il y aurait eu une inflammation, je réduirais en supprimant le fil, comme l'indique *Lawrence*, bien certain que l'exsudation couenneuse qui réunit les circonvolutions intestinales les unes aux autres empêcherait les parties réduites de s'éloigner de l'ouverture extérieure. Après cette manière d'agir, je compterais beaucoup sur les efforts de la nature pour rétablir le cours des matières, et malheureusement, si des adhérences intimes se formaient, et que l'écoulement des matières continuât à se faire au-dehors, j'emploierais les procédés dont je vais rapporter l'histoire, et qui ont rapport à la seconde division que j'ai cru devoir établir dans les moyens employés pour guérir les anus contre nature.

Moyens employés lorsque l'intestin a contracté des adhérences intimes au contour de l'ouverture extérieure.

Laissant de côté cette foule de petites opérations, la plupart du temps inutiles, employées dans la vue de favoriser la guérison des anus contre nature, telles que la cautérisation (procédé décrit dans la lettre de M. *Bruns* à M. *Kenkel*), la suture des tégumens

(procédé de *Lecat*), l'espèce de ligature employée par *Cowper*, je ne m'occuperai que de la compression et de l'entérotome. Je ne suivrai pas dans l'exposition de ces deux moyens l'ordre chronologique, désirant terminer par la compression, à l'histoire de laquelle je compte joindre quelques observations.

M. *Dupuytren*, sachant que la principale difficulté qui s'oppose à la guérison spontanée des anus contre nature est la cloison formée par l'adossement des intestins, lorsqu'ils sont placés parallèlement entre eux, a pensé que les efforts des chirurgiens devaient principalement se diriger contre cette cloison; et, partant de cette idée, il fit des tentatives que l'on peut ranger en deux classes. Dans la première, il chercha à perforer la cloison en respectant l'éperon qu'elle forme; dans la seconde, il attaqua cet éperon lui-même.

1.° *Perforation de la cloison.* Cette perforation peut être obtenue de deux manières, ou brusquement ou lentement. Il serait sans doute facile de perforer promptement la cloison, ainsi que M. *Dupuytren* avait pensé pouvoir le faire, au moyen d'un instrument qui consistait en un cylindre de cinq lignes de diamètre, tranchant à l'une de ses extrémités. Ce cylindre recevait une tige de bois mousse et arrondie qui aurait pu le conduire sans inconvénient dans l'un des bouts d'intestin; tandis qu'un gorgeret introduit dans l'autre bout aurait servi de point d'appui à cette espèce d'emporte-pièce. En perforant ainsi brusquement la cloison, on devait craindre un épanchement dans le cas où il n'aurait point existé d'adhérences, crainte qui dut faire naître l'idée de la perforation lente. Pour l'obtenir, M. *Dupuytren* proposa une seconde manière d'opérer, 1.° passer, le plus profondément possible, à travers la cloison un fil, qui déterminera une inflammation, et celle-ci une adhérence plus ou moins étendue; 2.° fixer au fil une mèche, dont on augmentera chaque jour le volume, jusqu'à ce qu'elle ait pu entretenir une ouverture d'une étendue suffisante pour le passage des matières.

M. *Liotard*, pour parvenir d'une manière lente à la perforation de

la cloison, a proposé un instrument qui n'est autre chose qu'une modification d'une pince due à M. *Dupuytren*, dont il sera parlé bientôt. Voici en deux mots l'instrument qu'il propose : des mors semblables à ceux de la pince à pansement portant à leurs extrémités deux anneaux ovales de dix-huit lignes de long sur neuf au plus de large. Ces anneaux présentent à leurs faces correspondantes, l'une une cannelure ovale profonde, l'autre un bord saillant et mousse, disposé de manière à pouvoir toucher le fond de la cannelure ; tandis que les deux mors laissent encore entre eux, depuis les anneaux jusqu'à la fistule, un intervalle de trois lignes pour recevoir la double cloison, qui doit rester intacte dans une partie de sa longueur. Ces deux branches sont disposées comme celles du forceps. La durée de l'application doit être de huit à neuf jours, après quoi on est certain, selon lui, en retirant l'instrument, d'avoir une perforation avec perte de substance, et entourée d'adhérences solides.

Destruction de l'éperon. Dans des tentatives faites pour obtenir la perforation, M. *Dupuytren*, ayant cru remarquer que la présence de l'éperon devait toujours être un obstacle à la guérison, pensa qu'il fallait chercher à le détruire. Pour parvenir à ce but, l'art possède trois procédés. Le premier, qui a été mis une seule fois en pratique par M. *Dupuytren*, consiste à inciser chaque jour à l'aide de ciseaux un quart de ligne de l'éperon, l'opération de la veille permettant de la renouveler le jour suivant sans accident, vu les adhérences qui résultent de l'inflammation développée à la suite de la petite section. On conçoit que ces sections répétées deviennent très-incommodes au malade, et peuvent bien ne point amener des adhérences sur lesquelles on puisse compter ; une hémorrhagie peut survenir et entraîner la perte du malade. *Deuxième procedé.* M. *Liotard* indique dans sa thèse qu'un chirurgien de Philadelphie détruit l'éperon en traversant la cloison avec un fil placé plus ou moins haut, de manière que chacune de ses extrémités sorte par chacun des bouts de l'intestin ; elles

sont ensuite nouées sur l'éperon, et, étant serrées journellement, elles finissent par le détruire, comme on voit un fil de plomb faire la section des parties dans l'opération de la fistule à l'anus par ligature. *Troisième procédé.* M. *Dupuytren* a imaginé un instrument auquel il donne le nom d'*entérotome.* Ce n'est autre chose qu'une espèce de pince à forceps, dont les branches, séparément introduites dans les deux bouts adossés de l'intestin, serrent la cloison résultant de leur adossement, engage dans son épaisseur les dentelures mousses dont elles sont garnies, détermine par cette pression une solution de continuité sur l'éperon avec formation d'adhérence au voisinage. L'examen attentif de ce dernier procédé, qui a été accueilli avec cette prévention favorable que devaient faire naître les talens de son inventeur, m'a fait concevoir des craintes que je vais avec réserve, et aussi brièvement que possible, mettre sous les yeux de mes juges.

1.° Il est difficile de trouver les deux bouts de l'intestin et de s'assurer de la disposition de l'éperon, chose indispensable avant d'appliquer la pince entérotome. De telles recherches ont quelquefois amené une inflammation dans les parties voisines, qui s'est terminée par un abcès. (Deuxième observation de la thèse de M. *Millet.*) L'étendue de l'anus contre nature étant augmentée, les matières fécales, qui auparavant passaient par le bout inférieur, sortirent entièrement par cette nouvelle ouverture.

2.° La pression de l'entérotome peut devenir très-pénible chez un sujet irritable, et provoquer des vomissemens; elle peut aussi faire naître une inflammation vive des intestins et du péritoine.

3.° N'est-il pas à craindre que, dans le cas où il n'y a point d'adhérence, une circonvolution intestinale ne se glisse entre les bouts d'intestin et ne se trouve pincée par l'entérotome? circonstance qui ne pourrait devenir que très-fâcheuse.

4.° Est-on bien certain que la solution de continuité ainsi obtenue par pression sera toujours environnée d'adhérence? Je ne le crois pas : d'abord parce qu'on n'est point maître de déterminer une inflammation dont le degré d'intensité soit tel, qu'elle puisse être,

comme on le dit, adhésive ; de plus encore, il n'est malheureusement que trop vrai que, chez certains individus, des adhérences ne peuvent se développer dans les tissus où, chez d'autres, elle se montre avec la plus grande facilité. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur le résultat de la ligature des artères, qui, faite dans des circonstances semblables, n'a pas toujours les mêmes effets, ce qui tient à ce que chez des malades il y a une grande tendance à la réunion des parties divisées; tandis que chez d'autres, au contraire, toute espèce de solution de continuité semble ne pouvoir se cicatriser.

5.° Si l'instrument vient à se déranger, aura-t-on la certitude de le replacer dans le même lieu que la première fois?

6.° Enfin il est un autre inconvénient qui semble devoir décourager les plus zélés partisans de l'entérotome, c'est l'espèce d'impossibilité d'obtenir une réunion absolue de la plaie extérieure. Presque toujours il est resté une petite fistule qui a résisté aux efforts les mieux dirigés. Ainsi le maintien des lèvres, rapprochées au moyen de deux plaques de métal garnies d'un bourrelet de crin à leur face correspondante, surmontées chacune de trois tiges, et réunies par une vis de rappel, au moyen de laquelle on les éloigne ou on les rapproche; les points de suture, la cautérisation faite dans le but de changer la texture des parties, ont été sans succès. On a dû chercher à s'expliquer cette persistance d'une fistule. M. *Liotard* dit que, la difficulté de guérir la petite ouverture tient à ce que les cavités des deux bouts d'intestin communiquant entre elles, il se forme une sorte de cloaque dans lequel les matières s'amassent, et ne sont expulsées qu'avec difficulté par l'intestin, dont les adhérences gênent les contractions.

Les inconvéniens de l'entérotome, ceux que l'on peut craindre de rencontrer plus tard chez certains individus, quelques observations sur les bons effets de la compression m'ont fait reporter les yeux sur ce moyen, dont je vais tracer ici l'histoire abrégée, en y joignant seulement deux observations qui me sont propres.

Lapeyronie semble être le premier qui ait pensé que la compression pouvait guérir les anus contre nature. Tout son procédé consistait à placer sur l'endroit par lequel sortent les matières une compresse de linge pliée en plusieurs doubles, ou mieux un tampon de charpie qui s'oppose à leur écoulement. *Desault* se rangea de son avis; mais il alla plus loin; il sentit que toute compression extérieure deviendrait inutile, si, un éperon existant, on n'essayait pas de le repousser. Il chercha donc à détruire l'angle formé par les deux bouts de l'intestin, en introduisant dans chacun d'eux de longs morceaux de linge; et lorsque, par ce moyen, l'angle interne était presque effacé, il se bornait à l'usage d'un obturateur, avec la précaution de ne point trop l'enfoncer, de peur qu'il ne devînt lui-même un obstacle au passage des matières. Sachant très-bien que la meilleure manière de convaincre de la bonté d'un procédé est de recourir à des faits, *Desault* et les partisans de la compression n'ont pas manqué de rapporter des observations de succès. Mais, non moins sages, les antagonistes de ce moyen ont cité des cas dans lesquels il avait complètement échoué. On lit dans M. *Pelletan* (Clinique chirurgicale, t. 3) une observation qui prouve que chez un malade on eut en vain recours à la compression pour obtenir une guérison radicale; que des accidens se manifestaient toutes les fois que les matières étaient retenues. Mais ce chirurgien distingué, quittant bientôt le langage modéré de l'observateur attentif, ne craint pas de dire qu'il ne connaît rien de plus absurde que le projet de guérir les anus contre nature par la compression, et de regarder comme mensongères toutes les observations de réussite. M. *Pelletan* part d'une idée qui semble en quelque sorte motiver son opinion; il croit que le bout inférieur doit se rétrécir d'autant plus vite que la compression est plus exacte. *Desault* regarde cette crainte comme un préjugé, et rapporte que *Le Cat*, ayant ouvert un individu qui avait porté pendant douze ans un anus contre nature, ne trouva rien qui annonçât le rétrécissement du bout inférieur. *Scarpa* ne paraît blâmer que la compression exercée à l'extérieur. Il serait à craindre, dit-il, qu'une pression, même modérée,

d'avant en arrière sur l'ouverture de la fistule, ne vînt à diminuer la base de l'entonnoir membraneux qui complète, pour ainsi dire, le tube intestinal. Si *Scarpa* blâme la compression extérieure, il s'est servi avec avantage d'un bourdonnet introduit dans l'ouverture pour en détourner les matières et les diriger vers le rectum.

Placé entre des noms aussi recommandables, il devient difficile de prendre un parti sur les avantages de la compression. J'oserai dire cependant, 1.° qu'elle peut-être utile, appliquée à l'extérieur, lorsqu'il n'y a point d'éperon; 2.° lorsque ce dernier existe, si on dirige la compression de manière à le repousser autant que possible, on pourra espérer la guérison. Voici deux observations qui me paraissent venir à l'appui de ces deux propositions.

I.re OBSERVATION.

Wasselon Grobac, âgé de vingt ans, né à Cocoron (Russie), d'une bonne constitution, simple soldat lancier, reçut un coup de feu au bas-ventre, le 4 avril 1814, dans une affaire qu'il y eut à Pithiviers entre des troupes russes et françaises. La balle passa au-dessus de la crête de l'os des îles du côté droit, et sortit auprès du nombril, du même côté. Ce malade fut conduit à l'hospice. Mon père, l'ayant examiné, trouva deux plaies, dont l'une, de six lignes de diamètre, était située dans le milieu d'une ligne tirée de l'extrémité antérieure du cartilage de la troisième fausse-côte droite à l'ombilic; la seconde, plus grande, était placée à un demi-travers de doigt au-dessus de la partie moyenne du bord supérieur de la crête de l'os des îles. Les symptômes inflammatoires qui se développèrent furent combattus par les antiphlogistiques, et les plaies pansées mollement et simplement. Le malade ne cessa de vomir des matières verdâtres et fétides jusqu'au 17; les deux plaies s'étaient agrandies, et les matières sortaient facilement par les deux ouvertures. Du 19 au 30, mon père fit continuer le même pansement, et veilla à ce que le malade fût tenu très-proprement. Le 1.er mai, des bourgeons char-

nus se développèrent autour de la plaie ombilicale : le pansement fut alors changé. Par-dessus un gâteau de charpie on appliqua des compresses graduées en forme de cône, le sommet du cône répondant à la plaie ; le tout soutenu par plusieurs tours de bandes. La plaie iléale fut laissée libre ; aussi les matières sortaient-elles toutes par cette dernière ouverture. Une compression méthodique exercée sur la plaie ombilicale ne tarda pas à amener la cicatrisation. Le 18 mai, un corps étranger parut dans la plaie iléale ; il fut retiré avec des pinces à pansement : c'était un morceau de vêtemens du blessé, qui avait été entraîné lors du passage de la balle. Cette dernière ouverture fut pansée de la même manière que la plaie ombilicale. Les progrès vers la guérison furent rapides. A la fin de juin, le malade éprouva des douleurs colliquatives dans la région hypogastrique, au moment où il voulait arracher son appareil : quelques vents sortirent par l'anus, ils furent suivis de l'issue de matières fécales très-liquides. Dans les premiers jours de juillet, mon père eut la satisfaction de voir son malade parfaitement bien guéri.

II.e OBSERVATION.

Pierre Adrien, âgé de quarante-huit ans, cultivateur, habitant un village aux environs de Pithiviers, portait depuis plusieurs mois un anus contre nature, résultat de la gangrène d'une hernie inguinale. Cet homme se bornait aux soins de propreté, lorsque mon père, l'ayant examiné au mois d'août 1821, conçut l'idée de le guérir. D'abord, au moyen d'applications émollientes, il fit disparaître un érysipèle survenu depuis peu, et pour lequel le malade l'avait fait appeler. D'après son récit et la persistance de l'anus contre nature, mon père pensa que les intestins formaient un angle entre eux ; il songea à le repousser, et dans cette vue il introduisit une mèche dans le bout supérieur, une semblable dans l'inférieur, les noua ensemble au niveau de l'ouverture extérieure, de manière à former avec le nœud une espèce de petite pelote qui correspondait à l'épe-

ron, qu'il désirait déprimer; puis il plaça entre les deux parties de la mèche, restée libre au-dehors, une certaine quantité de charpie. Ayant noué sur cette dernière les deux bouts extérieurs, il obtint une compression assez analogue à celle proposée par J. L. *Petit* dans les cas d'hémorrhagie après la fistule à l'anus : le tout fut soutenu par un bandage approprié. L'appareil était renouvelé toutes les fois que cela paraissait nécessaire. Ce traitement fut long-temps continué. Enfin on cessa l'introduction des mèches à l'intérieur, se bornant à une compression bien faite extérieurement. Des coliques que le malade ressentait de temps en temps firent croire que le cours des matières tendait à se rétablir. Cette espérance se réalisa vers la fin d'octobre, et il ne resta plus qu'une petite fistule par laquelle sortait une petite quantité de suppuration..

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cui persecta est vesica, aut cerebrum, aut cor, aut septum transversum, aut aliquod ex intestinis tenuibus, aut ventriculus, aut hepar, lethale. *Sect.* 6, *aph.* 18.

II.

Si ex intestinis tenuibus aliquod dissectum fuerit, non coalescit. *Ibid.*, *aph.* 24.

III.

Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

IV.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

V.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.